

Departamento de Serviços Sociais da Carolina do Sul
NOTIFICAÇÃO DE VENCIMENTO

Seus FS (tíquetes de alimentação) vencerão em:
 Para receber tíquetes de alimentação e/ou FI sem interrupções, você deve preencher e devolver o formulário abaixo com todos os comprovantes das informações para o seu escritório local do DSS o mais breve possível, mas não após:

IMPORTANTE – LEIA, POR FAVOR

- **CONSIDERA-SE ESTE FORMULÁRIO COMO PROTOCOLADO DESDE QUE CONTENHA O SEU NOME, ENDEREÇO E ASSINATURA.**
- **RESPONDA TODAS AS PERGUNTAS DESTE FORMULÁRIO. SE O ESPAÇO NO FORMULÁRIO NÃO FOR SUFICIENTE PARA A SUA RESPOSTA, VOCÊ PODE ANEXAR UMA FOLHA DE PAPEL ADICIONAL.**
- **DEIXAR DE RESPONDER AS PERGUNTAS CORRETAMENTE OU NÃO DEVOLVER O FORMULÁRIO NA DATA MARCADA ACARRETEARÁ ATRASO, REDUÇÃO OU INTERRUPTÃO DO SEU CHEQUE DO PROGRAMA DE INDEPENDÊNCIA FAMILIAR (FI- FAMILY INDEPENDENCE) E/OU TÍQUETES DE ALIMENTAÇÃO (FS – ‘FOOD STAMPS’).**
- **SE VOCÊ ENVIAR PELO CORREIO O SEU FORMULÁRIO NA DATA MARCADA E NÃO RECEBER UMA NOTIFICAÇÃO DE APROVAÇÃO OU INDEFERIMENTO ATÉ O ÚLTIMO DIA DAQUELE MÊS, ENTRE EM CONTATO COM O FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO SEU CASO.**
- **O FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO SEU CASO PODERÁ CONTATÁ-LO(A) PARA SOLICITAR COMPROVANTES ADICIONAIS DE TODAS AS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ FORNECEU NESTE FORMULÁRIO.**
- **VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO CONOSCO PARA OUTROS MODOS DE ENTREVISTA. SE VOCÊ NÃO COMPARECEU A UMA ENTREVISTA, ENTRE EM CONTATO CONOSCO PARA REMARCÁ-LA.**
- **SE TODOS NA SUA CASA RECEBEM RENDA PREVIDENCIÁRIA SUPLEMENTAR (SSI- SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME), VOCÊ PODE SE INSCREVER PARA TÍQUETES DE ALIMENTAÇÃO (FS) NA ADMINISTRAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (SSA - SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION).**

FORMULÁRIO DE RECERTIFICAÇÃO ENVIADO POR CORREIO

<input type="text"/>	DATA DE RECEBIMENTO – SOMENTE ÓRGÃO RESPONSÁVEL	Para ajuda no preenchimento deste formulário, ligue para:	NÚMERO DE CO.	NOME DO PROCESSO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			NÚMERO DO PROCESSO	ID DA CARGA DO PROCESSO	
			NOME DO TRABALHADOR		
			CERTIFICAÇÃO DO TÍQUETE DE ALIMENTAÇÃO (FS) ATÉ A DATA		
			<input type="text"/>		

Considera-se este formulário como protocolado desde que recebido somente com seu nome, endereço e assinatura.

Eu atesto que as perguntas a seguir foram respondidas de modo verdadeiro e completo sob pena de perjúrio. Estou ciente de que as informações fornecidas neste formulário podem interromper ou alterar meus benefícios do programa FI ou de tíquetes de alimentação. Autorizo o Departamento de Serviços Sociais a fazer quaisquer contatos necessários para verificar as minhas declarações.

Assinatura: _____ Data: _____

Telefone diurno: _____

1. Informe-nos onde você mora e como podemos contatá-lo(a).

Sobrenome:	Nome:	Inicial do nome do meio:	Telefone diurno:		
Rua: (Inclua número de apto./lote)	Cidade:	Estado:	Código postal:	Condado:	
Endereço para envio de correspondência: (Se diferente, inclua número de apto./lote)	Cidade:	Estado:	Código postal:	Condado:	

2. Liste as pessoas que moram com você. Escreva o seu nome na primeira linha.

Liste os nomes como constam do cartão de Previdência Social (Social Security) da pessoa (se esta pessoa possuir um cartão)	Idade	Sexo (M ou F)	Grau de relacionamento com pessoa listada na Linha 1	Se frequenta escola, nome da escola	Ano escolar
1.			O próprio		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

3. Alguma das pessoas listadas acima é um criminoso fugitivo, infrator em suspensão condicional da pena/livramento condicional ou condenado por abuso de substância controlada com ocorrência após 22 de agosto de 1996? Sim Não Em caso positivo, informe o nome: _____

4. Alguma pessoa na sua casa trabalha? Sim Não Se positivo, envie todos os contracheques recebidos em: _____
Se você não tiver todos os contracheques, peça para o seu empregador preencher esta seção.

A. NOME DA PESSOA QUE TRABALHA					B. NOME DA PESSOA QUE TRABALHA								
NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR					NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR								
	DATA RECEBIMENTO SALÁRIO			SALÁRIO BRUTO	GORJETAS	TOTAL DE HORAS		DATA RECEBIMENTO SALÁRIO			SALÁRIO BRUTO	GORJETAS	TOTAL DE HORAS
	MÊS	DIA	ANO					MÊS	DIA	ANO			
1.							1.						
2.							2.						
3.							3.						
4.							4.						
5.							5.						
ASSINATURA DO EMPREGADOR				NÚMERO DO TELEFONE LOCAL DO EMPREGADOR			ASSINATURA DO EMPREGADOR				NÚMERO DO TELEFONE LOCAL DO EMPREGADOR		

5. Alguma pessoa na sua casa recebe dinheiro não relacionado ao trabalho? Sim Não

OUTRA FONTE DE RENDA	VALOR	COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ RECEBE ESTA RENDA?	QUEM RECEBE ESTA RENDA?
Subsídio para menores (Voluntário ou por ordem judicial)	\$		
Renda previdenciária suplementar (SSI)	\$		
Pagamento da Previdência Social	\$		
Benefícios de desemprego	\$		
Benefícios de veteranos	\$		
Outros: (Explique)	\$		

6. Alguma pessoa na sua casa paga alguma das despesas a seguir? Sim Não Em caso positivo, preencha as informações definindo que quer a dedução e envie os comprovantes.

ITEM	QUEM PAGA?	VALOR	ITEM	QUEM PAGA?	VALOR
Aluguel		\$	Hipoteca/2 ^{da} hipoteca		\$
Pagamento terreno		\$	Impostos prediais/encargos não incluídos nas prestações da casa		\$
Aluguel de terreno/espaco para trailer		\$	Seguro da propriedade onde mora não incluído nas prestações da casa		\$

Você tem despesas com aquecimento? Sim Não Tem despesas com ar condicionado? Sim Não
Alguma pessoa recebe auxílio para pagar gastos com energia? Sim Não

7. Alguma pessoa paga para alguém cuidar de menor ou de adulto deficiente que more na casa? Sim Não

Envie todas as faturas e/ou recibos para _____ e preencha as informações abaixo para aquele mês.

Para quem o(a) acompanhante presta o serviço?	Quem paga o(a) acompanhante?
Nome do(a) acompanhante:	
Custo:	Com que frequência?
Se você não tiver todos as faturas/recibos, peça para o(a) acompanhante preencher esta seção: →	
Assinatura do(a) acompanhante:	Telefone do(a) acompanhante:
Você recebe um vale 'ABC Child Care Voucher'? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

8. Alguma pessoa com 60 anos ou mais, ou que está recebendo benefícios por invalidez paga, por conta própria, alguma despesa médica acima de US\$ 35 mensais? Sim Não Você quer pedir uma dedução para estas despesas? Sim Não Em caso positivo, envie os recibos ou uma listagem de computador das despesas ou não poderemos lhe conceder a dedução.

9. Você tem um contrato válido juridicamente/sentença judicial exigindo que você pague subsídio para menores a alguém fora de sua casa? Sim Não Se você pedir ou quiser pedir uma dedução para estes pagamentos, envie os comprovantes do acordo.

Envie também o valor dos pagamentos que você fez para _____. Se você não apresentar comprovantes, não poderemos lhe conceder a dedução.

10. Se você deseja mudar a pessoa responsável pela sua casa, entre em contato com o funcionário responsável pelo seu caso.